

Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. - 250 с.

3. Михальченко Д.В. Ретроспективный анализ статистических данных заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации / Д.В. Михальченко, А.В. Жидовинов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. Т.24. - №6. – С. 151

4. Нуров Р.Р. Эпидемиология опухолей слюнных желез (обзор) / Р.Р. Нуров, М.Ш. Маматова, У.М. Курбанкулов // Europeanresearch. – 2017. – Т.31. - №8. – С. 58-60

5. Пачес А.И. Опухоли слюнных желез / А.И. Пачес, Т.Д. Таболиновская. – М.: Практическая медицина, 2009. – 470 с.

6. Barnes L., et al. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. World Health Organization classification of tumours. Lyon: IARC Press. 2005

7. Sadetzki S. Cellular phone use and risk of benign and malignant parotid gland tumors – a nationwide case-control study / S. Sadetzki , A. Chetrit, A. Jarus-Hakak , E. Cardis // Am J Epidemiol. – 2008. – Vol.4. – No.167. – P. 457-467

8. Sadetzki S. Smoking and risk of parotid gland tumors: a nationwide case-control study / S. Sadetzki , B. Oberman, L. Mandelzweig, A. Chetrit // Cancer. – 2008. – Vol.9. – No.112. – P. 1974-1982

УДК 616-099

**Грехов И.А., Шульских П.В., Долгова О.Б.
РАСХОЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО
ДИАГНОЗОВ ИЗ-ЗА ОБЪЕКТИВНОЙ СЛОЖНОСТИ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ**

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Grekhov I.A., Shulskikh P.V., Dolgova O.B.
DIVERGENCE OF CLINICAL AND MORPHOLOGICAL DIAGNOSES DUE
TO THE OBJECTIVE COMPLEXITY OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF
ADENOCARCINOMA**

Department of Pathological Anatomy and Forensic medicine
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: nighterit@gmail.com

Аннотация. Продемонстрирована необходимость разработки унифицированного подхода к дифференциальной диагностике и объективному

определению возможности своевременной диагностики аденокарциномы в условиях медицинской организации.

Annotation. It is necessary to develop a unified approach for differential diagnosis in complex clinical cases. It is required to develop an objective method for determining the possibility of timely diagnosis in a medical organization.

Ключевые слова: аденокарцинома с поражением легких, расхождение диагнозов, дифференциальная диагностика.

Key words: adenocarcinoma with lung damage, the divergence of diagnoses, differential diagnosis.

Введение

Случаи расхождения клинических и судебно-медицинских диагнозов фиксируются ежегодно, возникают из-за сложностей прижизненной дифференциальной диагностики; в случаях насильственной смерти количество расхождений достигает 11,5%, в случаях ненасильственной смерти – 6,2% [6].

Перед органами следствия и судом нередко возникает вопрос о возможности своевременной диагностики, ответ на который может быть дан только по результатам комиссионной судебно-медицинской комиссии с привлечением специалистов разных профилей.

Актуальность расхождения клинического и морфологического диагнозов для медицинских организаций определена ст. 87 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями путем отказа или уменьшением оплаты медицинским организациям за оказанные пациентам медицинские услуги [1], а одним из оснований для отказа в оплате страхового медицинского случая является расхождение клинического и морфологического диагнозов вследствие недостатков медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, при возможности установления правильного диагноза в условиях медицинской организации [4].

В настоящее время не разработан унифицированный подход к определению возможности своевременной постановки правильного диагноза. В клинической практике врач определяет план диагностики и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом. При этом данных бывает достаточно для подтверждения предварительного диагноза и прекращения дальнейшей дифференциальной диагностики, что может привести к диагностической ошибке.

Цель исследования – изучить проблему расхождения клинического и судебно-медицинского/патологоанатомического диагнозов, возникших из-за сложностей прижизненной дифференциальной диагностики на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования

Анализ данных медицинской документации, включая медицинскую карту стационарного больного, протокол патологоанатомического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Объективная оценка качества медицинской помощи и наличия причинно-следственной связи между дефектами медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода выполняется исключительно судебно-медицинскими экспертами и специалистами в различных областях медицины на основании порядков оказания медицинской помощи, Федеральных клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, Приказа Минздрава России №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 10.05.2017 г. [3]

Экспертиза качества медицинской помощи, в рамках проводимой экспертизы территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС) или страховыми медицинскими организациями (СМО), осуществляется врачом-специалистом, прошедшим подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, либо мультидисциплинарной комиссией на основании критериев, указанных в Приказе Минздрава России №203н [2].

При невозможности установления правильного диагноза в условиях медицинской организации и соблюдении порядков оказания медицинской помощи по профилю заболевания, стандартов и клинических рекомендаций по нозологии, медицинская организация не несет ответственности за ошибочный заключительный клинический диагноз [4,5].

Клинический случай. Труп Х., мужского пола, 70 лет. Из медицинской карты стационарного больного медицинской организации 3-го уровня: «...поступил в экстренном порядке в отделение аллергологии и иммунологии после приема пульмонолога в июле 2019 года... Из анамнеза: индекс курильщика = 50, без профессиональной вредности, кашель много лет, одышка после 60 лет. Консультирован пульмонологом в 2015-2016 годах, выставлен диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких. Пользовался регулярно формотеролом/будесонидом, не ежедневно эуфиллиной и теопеком... Ухудшение состояния в виде нарастания одышки, резкого снижения толерантности к физическим нагрузкам, высокой потребности в короткодействующих β_2 -агонистах (до 5 ингаляторов в месяц), отеки ног с осени 2018 года, частые вызовы скорой медицинской помощи, неоднократные госпитализации по месту жительства (последний раз в мае 2019 года с правосторонней полисегментарной пневмонией)... При поступлении: SpO_2 =65% в покое. Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК): без очаговых и инфильтративных изменений, двусторонний пневмосклероз, эмфизема, легочная гипертензия, ТЭЛА нет; эхокардиография: дилатация правых камер, высокая легочная гипертензия; функция внешнего дыхания: резкое нарушение бронхиальной проходимости, резкое снижение жизненной

емкости легких и функциональной жизненной емкости легких; анализ мокроты: кислотоустойчивых микобактерий нет...».

На фоне терапии отмечалось ухудшение состояния - на 8 сутки госпитализации в виде повышения температуры до 39.2 С. Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, где обнаружена «полисегментарная пневмония слева». По результатам лабораторного исследования обнаружены патологические изменения: лейкоцитоз до $14.2 \times 10^9/\text{л}$, повышение концентрации С-реактивного белка до 151,8 г/л; в мокроте отмечается наличие *Klebsiellapneumoniae*.

Смерть наступила на 32 сутки госпитализации на фоне неэффективности проводимой антибактериальной, противовоспалительной, бронхолитической терапии. Был выставлен заключительный клинический диагноз:

«Комбинированное основное заболевание:

Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелой степени тяжести, обострение.

Пневмония двусторонняя полисегментарная, абсцедирующая, тяжелой степени тяжести.

Осложнения:

Двусторонняя смешанная эмфизема. Острая дыхательная недостаточность, отек легких. Легочная гипертензия II ст. Хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации».

По результатам патологоанатомического исследования трупа определено: «...Легкие: диффузно уплотнены во всех долях; паренхима неоднородная, темно-красная с диффузными серыми и белесоватыми очагами, неправильной формы, размерами до 1х0.5 см; поверхность разреза легких зернистого вида с выступающими бронхами с утолщенной, белесоватой стенкой. Плевра: висцеральная полупрозрачная, в области нижней доли левого легкого листки спаяны, разделяются острым путем с нарушением целостности паренхимы легкого. Бронхи: проходимы, слизистая белесоватая, стенка утолщена, в просвете небольшое количество полупрозрачной слизи. Бифуркационные лимфатические узлы: эластические, одиночные до 2.5 см, конгломерат диаметром до 5.5 см; на разрезе серые с черным крапом. Надпочечники: листовидной формы, слои дифференцируются, на разрезе желто-коричневые с белесоватыми плотноватыми узелками диаметром до 0,5 см... Гистологическое исследование: Легкие - участки низкодифференцированной аденокарциномы, множественные опухолевые эмболы в сосудах, в отдельных бронхах подслизистый слой с полями опухолевых клеток, дистелектаз и фокусы эмфиземы, диффузный пневмосклероз, гипертрофия меди и склероз интимы мелких артерий, хронический бронхит, мелкоочаговые кровоизлияния, очаги пневмонии, угольный пигмент; надпочечники и бифуркационные лимфоузлы - метастазы аденокарциномы...»

Патологоанатомический диагноз:

«Основное заболевание: Низкодифференцированная аденокарцинома с поражением легких. Метастазы в бифуркационных лимфатических узлах, надпочечниках.

Сочетанное заболевание: Хроническая обструктивная болезнь легких. Гипертрофия миокарда правого желудочка (толщина 0.6 см). Легочная гипертензия по Хит-Эдвардсу III ст.

Осложнения: Миогенная дилатация правого желудочка сердца. Двусторонняя очаговая пневмония (бактериологическое исследование мокроты: высеив *Klebsiellapneumoniae*)».

Таким образом, определено отсутствие связи исхода заболевания в виде наступления смерти с дефектами медицинской помощи. Наличие заболевания «Низкодифференцированная аденокарцинома с поражением легких» было возможно дифференцировать исключительно при гистологическом исследовании легких, учитывая отсутствие характерных макроскопических изменений, выявляемых с помощью клинко-инструментальных методов исследования легких. При этом показания для назначения прижизненной биопсии легких с последующим микроскопическим исследованием отсутствовали.

Выводы

С целью оптимизации прижизненной диагностики заболеваний, определения возможности прижизненной диагностики в сложных диагностических случаях при производстве комиссионных судебно-медицинских и экспертиз качества медицинской помощи, необходим унифицированный подход для прижизненной оптимальной дифференциальной диагностики заболеваний, в том числе федеральные клинические рекомендации по дифференциальной диагностике различных нозологических групп.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ
2. Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ (ред. от 28.01.2020 г.) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
4. Приказ ФФОМС от 28.02.2019 г. №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»
5. «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации» (утв. ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России 21.06.2017 г.)
6. Максимов А.В. Анализ динамики показателей расхождения заключительного и судебно-медицинского диагнозов в случаях смерти от